



CRM-MT
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO

TERMO DE AQUIESCÊNCIA EFETIVO

Eu, Dr.(a) _____ CRM/MT nº _____, nos termos do inciso II do artigo 10º da Resolução CFM nº 2.182/2018, DECLARO que aceito a indicação e o registro do meu nome como candidato a membro efetivo do CRM-MT na eleição que será realizada nos dias 27 e 28 de agosto de 2019, para a gestão 2019/2024.

Para fins de contato e localização apresento meus dados abaixo:

ENDEREÇO

Logradouro (Rua, Av, Al, etc):

CEP:	Bairro:	Cidade:	UF:
Fone Residencial:	Celular:	e-mail:	

ENDEREÇO

Logradouro (Rua, Av, Al, etc):

CEP:	Bairro:	Cidade:	UF:
Fone Comercial:	Celular:	e-mail:	

_____ de 2019.

(Assinatura)